FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N° 83

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 décembre 1903 à 1 heure

PAR

J. JEAN TALON

Né à Saint-Pourçain-sur-Besvre le 5 août 1876.
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

LA NÉVRITE RADIALE

Président : M. CORNIL, *professeur*
Juges : MM. LE DENTU et CHANTEMESSE, *prof.*
FAURE, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de ma respectueuse affection
et de mon éternelle reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CORNIL

Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté.
Médecin honoraire des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

DE

LA NÉVRITE RADIALE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse inaugurale, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux ; tous ont su nous inspirer l'amour et le respect de la profession médicale par leur noble façon de la comprendre et de l'exercer.

Entre la vie d'hier et la vie de demain il y a la satisfaction d'exprimer sa gratitude à ceux qui nous ont laissé puiser aux sources de leur érudition et de leur expérience ; c'est avec joie que nous remplissons ici le commun devoir.

MM. les Drs Routier, à Necker, et Oulmont, à la Charité, ont guidé nos débuts dans la carrière, nous sommes heureux de les remercier.

Notre première année d'externat s'est passée à l'hôpital Necker, dans le beau service de M. le Professeur Le Dentu, où nous avons pu observer les cas les plus variés et les plus intéressants de la chirurgie ; que ce maître éminent soit assuré de notre reconnaissance. C'est pendant cette année passée à l'hôpital Necker que nous avons eu l'honneur et le bonheur de connaître M. le Dr Mauclaire. Il a bien voulu depuis cette époque nous témoigner un constant intérêt et nous traiter plus en ami qu'en élève ; nous n'oublierons jamais son spirituel enseignement au lit des malades de la salle Malgaigne.

M. le Dr Vaquez a bien voulu nous recevoir comme externe à la maison Dubois, nous gardons précieusement le souvenir de ses principes et de ses conseils.

A Bretonneau, dans les pavillons du Dr Josias, installés avec tous les perfectionnements et les exigences de la science moderne, nous avons pu nous mettre au courant des délicatesses de la médecine infantile. Merci à cet excellent maître.

L'année la plus agréable de nos études est certainement celle que nous avons passée à la Pitié dans le service de M. le Dr Babinski.

Nous avons trouvé à la fois un clinicien d'une rare distinction et un chef d'une exceptionnelle bienveillance ; c'est lui qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et nous aider de ses lumières et de

ses avis. Nous lui conserverons le plus profond attachement.

M. le Professeur Budin, à la clinique Tarnier, et M. le Dr Lepage, à la Pitié, nous ont enseigné l'art des accouchements, qu'ils soient assurés de notre dévouement.

Il est enfin un maître à qui nous ne pourrons jamais exprimer l'étendue de notre reconnaissance et de nos remerciements ; nous voulons parler de M. le professeur Cornil, chez qui la science seule égale la modestie et la bonté.

Partout et toujours il nous a accueilli avec la même amabilité ; sa complaisance pour nous ne s'est jamais lassée, aujourd'hui encore il veut bien accepter la présidence de notre thèse, nous savons apprécier cet honneur.

INTRODUCTION

Dans la séance du 2 juillet 1903, M. le docteur Babinski présentait à la Société de neurologie deux malades atteints de divers troubles du côté du bras et déclarait ces malades atteints *de névrite radiale*. Cette communication parut intéresser au plus haut point les membres de l'illustre société. M. le professeur Brissaud et M. le docteur Pierre Marie émirent la même opinion. Les cas analogues à ceux qu'ils avaient sous les yeux devaient être assez fréquents, certainement ils avaient été appelés à en observer, mais faute d'un examen spécial ils n'avaient pas porté de diagnostic précis, et c'est sous les noms toujours un peu vagues de douleurs rhumatismales ou de phénomènes de compression qu'ils avaient dû étiqueter des névrites radiales méconnues.

Nous appuyant sur l'autorité de notre excellent maître, M. le docteur Babinski, nous croyons, en effet, que la névrite radiale est loin d'être une rareté pathologique, de plus c'est une entité morbide nettement

distincte. Si jusqu'ici cette question n'a pas été mise en lumière, il n'en faut point accuser la pénurie des faits; c'est uniquement parce que l'attention des neuropathologistes n'a pas été attirée de ce côté ; cette raison nous décide, et nous allons essayer dans notre thèse inaugurale de donner à la névrite radiale une petite place dans le grand cadre des maladies.

La tâche que nous assumons est, nous ne nous le dissimulons pas, bien lourde pour nos faibles moyens ; mais confiant dans l'aide et les conseils de notre Maître, nous espérons pouvoir montrer ce qu'est la névrite radiale, quelles en sont les causes les plus fréquentes, quels en sont les symptômes, comment on en fait le diagnostic, et enfin quels sont les traitements à lui appliquer.

Ce travail sera forcément très incomplet, les pièces anatomiques, par exemple, nous manquent totalement, les faits recueillis sont encore peu nombreux, mais l'attention sera attirée de ce côté et le champ ouvert à d'autres observateurs.

HISTORIQUE

L'histoire des névrites en général est toute moderne, elle appartient aux trente dernières années du siècle écoulé. Avant cette époque, dans la pathologie du système nerveux, les centres étaient tout et les altérations des nerfs n'étaient rien ; la clinique soupçonna que les nerfs pouvaient être le siège d'affections primitives et spontanées, l'anatomie démontra le bien fondé de cette hypothèse. Dès lors les travaux sur les névrites se sont multipliés, M. Babinski a magistralement exposé ce sujet dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard (1) ; mais notre intention n'est pas de faire ici l'historique des névrites en général, nous nous proposons simplement d'étudier la névrite radiale, or, sur cette dernière question, les manuels et traités de médecine sont absolument muets, les revues et journaux médicaux ne nous fournissent pas non plus beaucoup de matériaux,

1. *Des névrites*, Babinski. *Traité de médecine*, Charcot-Bouchard, tome VI.

notre sujet aura donc au moins le mérite de ne pas être rebattu.

Les membres de la Société de neurologie n'ont du reste donné aucun démenti à M. Babinski lorsqu'il a présenté ses deux malades comme atteints d'une forme de névrite qui n'a pas été décrite jusqu'à ce jour.

Nous trouvons cependant quelques observations se *rapprochant* des types qui nous inspirent cette thèse ; la première en date est de 1861, époque à laquelle on ne connaissait pas les névrites, et cependant le cas d'inflammation du radial publié par le professeur autrichien Oppolzer est certainement un cas de névrite intéressant le tronc nerveux qui nous occupe (1).

Dans le *Bulletin de la Société clinique de Paris* de 1878, Peter (2) cite le cas d'une névrite radiale survenant à la suite d'une paralysie *a frigore*.

En 1878 Dagrève publie une nouvelle observation (3).

En 1884, d'Ancona, dans la *Gazette médicale italienne* de la province de Venise cite un cas de névrite radiale consécutif à un traumatisme (4).

1. Oppolzer. *Wien Med. Halle*, 1861.

2. Peter. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1878-1879.

3. Dagrève. *Association française pour l'avancement des sciences*, 1878.

4. *Gazz. med. ital. prov. Venite*. Padova, 1884.

Puis viennent les observations de Brunetière en 1899 (1), de Steiner en 1900 (2), de Mme Barakes en 1901 (3).

Il faut reconnaître que dans la plupart de ces observations on ne sait pas au juste s'il s'agit d'une névrite ou d'une paralysie, les deux termes ne sont pourtant pas synonymes ; de plus il n'est jamais fait mention du signe le plus important de la névrite radiale : l'abolition du réflexe du triceps brachial.

En 1902, le professeur Raymond (4) présente un malade atteint de névrite du radial et du cubital, mais il faut arriver à la séance de la Société de neurologie du 2 juillet 1903 pour trouver deux cas de névrite radiale occupant le tronc du nerf avec l'abolition du réflexe du triceps brachial (5), et se distinguant nettement de la paralysie radiale vulgaire.

Définition.

Le terme *névrite*, en général, implique l'idée d'un processus inflammatoire.

De la pathologie médicale des nerfs on ne connaissait guère autrefois que les *algies*, la névrite semblait

1. Brunetière. Thèse doctorat, Lyon, 1899, *Sur les névrites post-opératoires.*

2. *Münch med.*, 1900.

3. Barakes. *Des névrites professionnelles.* Th. Paris, 1901.

4. Raymond, 1902. *Névrite du radial. Névrite du cubital* (*Journal de médecine interne*), Paris, 1902.

5. Babinski. *Comptes rendus de la Société de neurologie de Paris*, 2 juillet 1903.

être une affection d'ordre exclusivement chirurgical, relevant d'un traumatisme, d'une compression ou d'une lésion de voisinage. Encore croyait-on l'inflammation limitée uniquement à la gaîne et aux tissus cellulaires des nerfs. L'application du microscope aux études d'anatomie normale et pathologique vint fournir des lumières nouvelles.

Les recherches de Valler, de Ranvier (1) de Duménil (2) de Charcot (3), de Cornil, nous montrent d'une façon précise la constitution des nerfs et nous en font connaître les altérations pathologiques. Il nous est démontré que l'inflammation atteint non seulement la trame conjonctivo-vasculaire des nerfs, mais aussi la fibre nerveuse elle-même, c'est donc le sens complet que nous devons donner au mot névrite et c'est celui que nous aurons en vue en disant que la névrite radiale est l'inflammation du nerf radial.

Le professeur Landouzy, en parlant de la névrite sciatique, dit qu'elle se distingue surtout de la névralgie par l'apparition de l'atrophie musculaire, nous nous proposons de comparer sur plusieurs points ces deux formes de névrite et comme l'atrophie musculaire paraît constante dans la névrite radiale nous la définissons : *L'inflammation du nerf radial avec amyotrophie.*

1. Ranvier. *Leçons sur l'histologie du système nerveux.*
2. Duménil. *Contribution pour servir à l'histoire de la névrite*, 1886.
3. Charcot. *Cours d'anatomie pathologique.* Leçons faites à l'Ecole de médecine, avril 1874.

ETIOLOGIE

Il en est de la névrite comme de la plupart des maladies : c'est souvent un ensemble de causes très complexes qui arrivent à déterminer un processus morbide. Il faut de toute nécessité que les nerfs et peut-être même les centres nerveux pour une raison ou pour une autre soient devenus moins résistants, c'est alors seulement qu'ils réagissent à des influences pathologiques.

Les agents capables de provoquer la névrite radiale ne paraissent guère se distinguer de ceux des névrites en général ; nous les passerons donc en revue très rapidement, en les groupant en agents toxiques, agents infectieux et agents atmosphériques et mécaniques.

Agents toxiques. — Les substances toxiques capables de déterminer les névrites périphériques et par conséquent la névrite radiale sont multiples : le plomb le mercure, l'arsenic, le phosphore, l'alcool, le sulfure de carbone sont les principales. La névrite ne peut même se déclarer qu'un long temps après que l'intoxication a cessé, alors qu'un alcoolique ne boit

plus ou qu'un saturnin a changé de métier. Le malade qui fait le sujet de notre deuxième observation travaille depuis de nombreuses années aux caractères d'imprimerie ; M. Babinski ne croit cependant pas que le plomb soit la cause de sa névrite radiale, car d'ordinaire cet agent toxique détermine une maladie bien connue : la paralysie saturnine qui, comme nous le verrons, est absolument distincte de l'affection qui nous occupe.

Agents infectieux. — La fièvre typhoïde, le paludisme, l'érysipèle, la grippe, la scarlatine, le rhumatisme articulaire, la blennorrhagie, la syphilis, la diphtérie sont autant d'infections capables de déterminer une névrite radiale. La grippe ou le rhumatisme sont les causes probables de la névrite de notre première observation.

Agents atmosphériques et mécaniques. — Le froid (1), l'humidité, s'ils ne peuvent pas provoquer de névrites, sont au moins de puissants adjuvants des agents provocateurs. Le malade de l'observation n° I habitait une maison humide, et c'est au lendemain d'un refroidissement qu'il a ressenti les premières atteintes de son mal, de même ceux des observations III et V.

Panas conteste au froid son rôle étiologique, et

1. Arnozan et Salva. *Névrites expérimentales.* Bordeaux 1884.

pour lui c'est la compression qui exerce l'influence la plus prépondérante (1).

Cette compression peut être permanente : cal osseux, tumeur de voisinage ou temporaire : traumatisme, position vicieuse ou bien professionnelle (le malade de l'observation n° II appuie constamment sur son bras gauche pendant son travail). D'autres fois, il n'y a pas compression, mais simplement tiraillement, un des malades que nous avons observés portait souvent sous le bras une volumineuse et lourde serviette.

Nous nous contentons de signaler les principales causes de névrite radiale, car ce n'est pas à ce point de vue que cette maladie nous a paru présenter son plus grand intérêt, mais au point de vue des symptômes.

SYMPTOMES

Début. — Le premier symptôme qui attire l'attention du malade atteint de névrite radiale est la douleur ; douleur qui peut débuter brusquement ou bien être précédée de picotements et de fourmillements.

1. Observation de Peter discutée par Panas. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1878.

Dans tous les cas cette douleur devient bientôt le symptôme dominant pour le patient et c'est elle qui l'amène à consulter.

Une fois constituée la maladie est caractérisée par des troubles sensitifs et des troubles moteurs.

Trois grands signes retiendront spécialement notre attention : *la douleur, l'amyotrophie, et l'abolition du réflexe du triceps brachial.* A côté de ces signes fondamentaux il en est d'autres moins importants que nous signalerons en temps voulu.

Troubles de la sensibilité.

Douleur. — La douleur est le symptôme initial et constant de la névrite radiale.

On distingue deux sortes de douleurs, une douleur continue et une douleur paroxystique.

La douleur continue siège sur le trajet du radial lui-même bien plus que dans ses ramifications. Demandez au malade où il souffre, il vous désigne son épaule et son bras (Observations I, II et III).

La douleur part de l'aisselle ou de la région postérieure de l'épaule, suit la face postéro-externe du bras, devient moins vive au niveau de l'avant-bras, pour se terminer dans le pouce et l'index et quelquefois le côté externe du médius.

Parfois c'est à peine une douleur, c'est un engourdissement, un fourmillement du membre tout entier,

le bras est engourdi comme il arrive par exemple après une fausse position ou un léger traumatisme du cubital du coude.

Les variations atmosphériques, le froid, le chaud, se font sentir par une recrudescence du mal ; un des malades me disait qu'il ne pouvait pas supporter la chaleur du lit.

La douleur est toujours augmentée par une traction, une pression énergique ; dans la sciatique c'est par ces moyens que l'on obtient le signe de Lassègue et les points douloureux de Valleix : nous avons recherché dans la névrite radiale des signes équivalents. Si le bras est pendant le long du corps ou soutenu par une écharpe, la douleur est modérée, mais plaçons-le dans la position horizontale avec abduction forcée, l'extension étant rigoureusement maintenue, puis portons-le légèrement en arrière, une vive douleur se fait immédiatement sentir, il nous semble que c'est là un rapprochement intéressant avec le signe de Lassègue.

L'analogie avec les points douloureux de Valleix est beaucoup moins satisfaisante, il semble bien cependant qu'il y a un point douloureux assez net à la sortie de la gouttière du nerf radial, là où le nerf est immédiatement en rapport avec l'humérus ; ce qu'il y a de certain c'est qu'une pression un peu énergique sur le trajet du radial provoque une souffrance très intense.

Les symptômes douloureux comme nous l'avons dit, prédominent surtout au bras, à l'avant-bras, ils

sont beaucoup moins accusés aux doigts, c'est un fourmillement désagréable qui agace le malade, surtout lorsqu'il veut saisir un objet de petit volume.

Douleur paroxystique. — De temps en temps, toutes les heures, plusieurs fois dans la même heure suivant l'intensité de la maladie ou les causes occasionnelles qui peuvent réveiller la sensibilité, les douleurs deviennent intenses, lancinantes, passent comme de véritables douleurs fulgurantes et suivant Peter seraient quelquefois suivies de trémulation (1). Le malade les compare à de violentes décharges électriques, à des coups de poignard.

Ces paroxysmes sont tellement pénibles que le patient pousse des cris, verse des larmes et ne sait quelle position prendre pour éviter le retour des accès. Le sommeil est presque impossible, car lorsque le malade commence à dormir il est brusquement réveillé par une douleur lancinante que la plus petite cause a pu déterminer.

Sensibilité cutanée. — C'est à la suite de ces violents accès que le bras reste plus ou moins engourdi. La sensibilité cutanée est quelquefois altérée et diminuée; on peut constater des ilôts d'anesthésie, plus rarement d'hypéresthésie, d'autres fois enfin la sensibilité n'est pas modifiée, ce qui nous paraît le cas le plus fréquent.

Sensations paresthésiques. — Des sensations paresthésiques diverses peuvent se montrer dans le

1. Peter déjà cité.

domaine du radial, telles que sensations de froid, de chaleur, d'autres fois on observera des picotements des fourmillements, etc.

Troubles de la motilité.

Les mouvements du bras sont pénibles en raison surtout de la douleur (ils pouvaient s'effectuer cependant d'une manière à peu près complète chez les malades que nous avons examinés), les mouvements ont de la peine à s'exécuter pour une autre raison dont nous parlerons tout à l'heure : l'amyotrophie.

Le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est moins énergique qu'à l'état normal. L'élévation du membre est difficile, surtout lorsqu'elle se complique de rotation en arrière ; c'est avec peine que les malades arrivent à porter la main derrière la tête. La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait normalement, de même l'extension de la main sur l'avant-bras.

De plus nous avons trouvé les muscles de l'éminence thénar indemnes, pas de troubles dans les mouvements d'abduction et d'opposition du pouce. La force de la main ne paraît pas diminuée, c'est la force du bras qui surtout paraît atteinte, du reste, nous le répétons, c'est au bras qu'il faut rechercher les signes de la névrite radiale, c'est à cette partie du membre que nous observons l'amyotrophie.

Amyotrophie.

Pour distinguer la sciatique névrite de la sciatique ordinaire, Landouzy s'appuie sur ce que la première est caractérisée par le développement de troubles trophiques variés, surtout l'atrophie musculaire ; de même dans la névrite radiale nous avons comme grand symptôme après la douleur, l'atrophie musculaire.

Chez un sujet atteint de cette maladie, la simple inspection du bras nous révèle l'atrophie. Le bras malade nous paraît plus grêle, moins développé, surtout dans sa partie postérieure, il est mou, sa consistance paraît dimimuée et il se laisse facilement déprimer dans toute la portion du triceps brachial et un peu aussi dans la région du deltoïde ; la mensuration vient confirmer ces premières données et la circonférence du bras malade est inférieure de 1, 2 et 3 centimètres à celle du bras sain.

Il y a donc d'une façon très nette amyotrophie, cette amyotrophie portant principalement sur le triceps brachial. La nutrition normale des muscles ne peut en effet s'effectuer qu'autant qu'ils reçoivent des nerfs des excitations d'une force suffisante ; toutes les fois que ces dernières leur arrivent d'une façon tant soit peu anormale, les muscles répondent immédiatement à cet état d'infériorité nerveuse par l'atrophie.

Examen électrique. — Si l'on complète l'examen

des muscles du bras par l'étude des réactions électriques on constate de l'hypo-excitabilité du triceps brachial et du deltoïde. Les autres muscles de l'épaule et du bras, les muscles de l'avant-bras réagissent normalement aux courants faradiques. Aux courants galvaniques les muscles se contractent aussi bien du côté malade que du côté sain en donnant une contraction brusque sans interversion de la formule ; il n'y a donc pas de R. D.

C'est ce que nous avons observé chez les trois malades que nous avons examinés avec l'aide du Dr Delherm, mais il n'en faut point de là conclure à l'absence de réaction de dégénérescence dans la névrite radiale, il est bien certain qu'elle doit exister dans certaines névrites radiales tout comme dans les autres névrites.

Abolition du réflexe du triceps brachial.

Nous arrivons à un signe dont l'importance est absolue dans l'étude de la névrite radiale : l'abolition du réflexe du triceps brachial.

L'examen des réflexes est d'un très grand intérêt dans l'étude des maladies nerveuses en général et des névrites en particulier. Aussi c'est sur ce signe que M. Babinski insistait d'une façon particulière dans sa communication à la Société de neurologie.

Dans les observations de névrite radiale que nous

avons pu lire, on ne mentionne jamais l'état du réflexe du triceps brachial et c'est pourtant le signe le plus particulier de cette affection. Chez les trois malades que nous avons vus, l'abolition de ce réflexe existait d'une façon très nette.

Pour rechercher l'état du réflexe du triceps brachial il faut faire déshabiller le sujet jusqu'à la ceinture, mettre les bras dans le relâchement absolu et percuter le tendon du triceps avec un marteau approprié à l'étude des réflexes tendineux. Si le réflexe est normal nous avons une brusque secousse, s'il est affaibli la secousse est beaucoup moins énergique et enfin elle est nulle si le réflexe est aboli ; si au contraire il était exagéré la secousse deviendrait très brusque et pourrait être suivie de trépidation épileptoïde ; nous n'avons pas observé ce dernier cas.

Le réflexe du coude est parfois difficile à dépister, il faut faire prendre au malade qui est l'objet de l'examen différentes positions, modifier l'attitude de son bras, lui faire par exemple mettre la main à plat sur la cuisse, nous avons pu de cette façon obtenir un réflexe qui n'était pas appréciable lorsque le bras était ballant ou même soutenu par la main et l'avant-bras.

A propos de l'abolition du réflexe du triceps brachial nous ne pouvons nous empêcher de faire encore un nouveau rapprochement avec la névrite sciatique où l'on constate très souvent l'abolition du réflexe du tendon d'Achilles.

M. Babinski a particulièrement insisté sur ce

signe de névrite sciatique il y a quelques années, et comme il l'a montré, ce réflexe a non seulement son importance pour la recherche des sciatiques mais il est dans le tabes aussi souvent troublé que le réflexe rotulien. On le recherche aujourd'hui d'une façon courante ; on néglige peut-être trop la recherche du réflexe du triceps brachial ; pour la névrite radiale, dans tous les cas son abolition est un excellent signe qu'il ne faudra pas négliger c'est lui qui certainement dans bien des cas nous donnera la clef du diagnostic.

Nous n'avons pas constaté dans les névrites radiales que nous avons étudiées de troubles vaso-moteurs ou sécrétoires ni de rétractions fibro-tendineuses, pas de troubles trophiques du côté des téguments.

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC.

Un mois environ après l'apparition des premières douleurs la maladie paraît constituée. L'amyotrophie ne progresse plus et la souffrance est la même.

C'est une affection qui paraît longue, les malades sont restés 5 à 6 mois au moins sans reprendre leurs travaux, après ce laps de temps ils ont recommencé à travailler mais ne sont pas encore guéris. Les symptômes, « la douleur surtout » sont très atténués, l'amyotrophie persiste quoique à un état moindre, enfin le réflexe du triceps brachial n'est pas revenu.

Toutefois il n'y a pas de R D, il n'y a pas d'autres signes de maladies organiques du système nerveux et le pronostic peut être tenu comme favorable, les derniers troubles disparaîtront petit à petit. La terminaison de la maladie a du reste été heureuse chez les malades d'Oppolzer, de Steiner, d'Ancona.

Il va de soi que le pronostic varie avec la nature de l'agent pathologique, l'évolution de la maladie a l'intensité des lésions.

DIAGNOSTIC

Nous voici donc en présence d'un malade se plaignant de violentes douleurs dans la partie postérieure du bras, chez lequel nous constatons de l'amyotrophie et l'abolition du réflexe du triceps brachial ; nous portons le diagnostic de névrite radiale, cherchons maintenant à séparer cette affection des autres entités morbides qui peuvent s'en rapprocher.

Paralysie radiale. — C'est sans doute avec la paralysie radiale, avec la paralysie radiale par compression surtout, que la névrite radiale a été le plus souvent confondue ; ces deux maladies sont cependant bien distinctes. La paralysie radiale n'est pas douloureuse, or nous avons vu que l'élément douleur était aussi constant qu'intense dans la névrite.

La paralysie radiale se manifeste surtout par des troubles du côté de l'avant-bras et de la main, le bras est presque exclusivement touché dans la névrite ; dans cette dernière maladie la motilité est beaucoup moins atteinte que dans la première et enfin le réflexe du triceps brachial qui est aboli dans la névrite est conservé dans la paralysie.

Paralysie saturnine. — Cette paralysie se localise aux extenseurs de l'avant-bras, avec intégrité du long supinateur, nous signalons surtout ce diagnostic parce que l'un de nos malades est saturnin, or il n'y a pas chez lui de paralysie saturnine.

Rhumatisme de l'épaule. — Le rhumatisme est localisé à l'articulation, il s'accompagne de craquements, de plus dans le cas d'arthrite de l'épaule, le bras et l'omoplate se meuvent d'une seule pièce, il y a aussi des douleurs dans les autres jointures et les réflexes sont normaux.

Rhumatisme musculaire. — Le siège de la douleur est différent, pas de localisation aussi précise dans les symptômes douloureux, marche différente de la maladie.

Névralgie. — La névralgie a une durée beaucoup moindre, quelques jours seulement, le réflexe du triceps est normal, il n'y a pas d'amyotrophie.

Myopathie primitive. — C'est avec la myopathie primitive du type Erb que l'on peut être appelé à faire le diagnostic (1). La myopathie débute par la racine des deux membres, la névrite radiale est unilatérale, dans la myopathie pas de douleur, marche sans cesse envahissante de la maladie et conservation des réflexes tendineux qui existent tant qu'il y a assez de muscle pour qu'ils se manifestent. Ils disparaissent seulement lorsque l'amyotrophie est extrême.

Hystérie. — Un hystérique pourrait à la rigueur simuler la douleur de la névrite radiale, mais on trouve d'autres stigmates de cette névrose et surtout jamais de troubles dans les réflexes qui sont toujours normaux dans l'hystérie.

1. Erb. *Traité d'électrothérapie,* 1882.

TRAITEMENT

La première indication thérapeutique qui s'impose est la suppression des causes qui ont engendré la névrite ; il faut ensuite combattre les troubles immédiats que les lésions des nerfs ont pu occasionner et en troisième lieu favoriser la restauration des tissus, ce sont là les trois problèmes à résoudre (1).

I. — *Supprimer les causes qui déterminent la névrite.*

En ce qui concerne les névrites toxiques et infectieuses il faut empêcher la pénétration dans l'organisme des agents perturbateurs, les en éliminer quand ils y ont pénétré et annihiler leur puissance nocive par des moyens anti-toxiques. Tout ceci est très bien, mais il faut avant tout reconnaître la cause de la névrite et c'est un point souvent fort délicat à établir.

Si on accuse l'alcool d'être l'agent provocateur, il faut le supprimer absolument du régime, conseiller au malade l'usage exclusif comme boisson, du lait, de l'eau ou du vin coupé d'eau.

1. Babinski, *Traité Charcot Bouchard*, tome VI, page 822.

Le saturnisme est-il en jeu, l'ouvrier devra cesser son travail, changer si possible de profession, prendre des purgations fréquentes et de l'iodure de potassium. Le salicylate de soude et le salol seraient indiqués dans la névrite radiale de cause rhumatismale, le mercure dans la névrite d'origine syphilitique.

Il faudra éviter les intempéries, se mettre en garde contre le froid et l'humidité.

Si la compression était reconnue, il faudrait dans certains cas pratiquer une intervention chirurgicale.

II. — *Combattre les troubles immédiats que les lésions des nerfs peuvent occasionner.*

Il est une indication thérapeutique urgente : calmer les douleurs souvent intolérables du patient.

Les différents antinévralgiques peuvent être mis en œuvre, antipyrine, phénacétine, exalgine, sels de quinine etc. ; on peut au besoin avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine, à l'administration du sulfonal, du chloral. Chez les deux malades du service de M. Babinski on a fait usage d'aspyrine à la dose longtemps prolongée de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, en cachets de 0 gr. 50 et les résultats ont en somme été très satisfaisants. Oppolzer pratiqua avec succès une injection sous-cutanée d'atropine. Les bains chauds, les bains sulfureux sont aussi à recommander.

III. — *Favoriser la restauration des tissus.*

Il faut instituer un régime alimentaire tonique et fortifiant, donner des préparations arsénicales, de la kola, de la coca, de la strychnine ; ce dernier médicament en particulier paraît augmenter l'activité des cellules nerveuses.

L'*électricite* est un des agents thérapeutiques dont on doit faire le plus communément usage dans le traitement de la névrite radiale ; il faut cependant savoir s'en servir avec circonspection et dans certaines circonstances déterminées. D'une façon générale il faut proscrire le traitement électrique au début de la maladie, l'électrisation des muscles à cette période n'aurait guère d'autre résultat que d'augmenter les douleurs ; quand, au contraire, le processus morbide semble avoir épuisé son action elle devient très utile et favorise la restauration des muscles atrophiés; on aura recours soit au courants faradiques, soit aux courants galvaniques. Enfin à la période terminale le massage pourra avantageusement être pratiqué.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle. Inédite*).

M. L. D..., 42 ans, représentant de commerce.

Le 3 juin 1903, M, L. D., vient à la Pitié, à la consultation de M. Babinski, se plaignant de douleurs intenses dans le bras gauche.

Antécédents héréditaires. — Ils ne présentent rien d'intéressant par rapport à l'état actuel du malade.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie ancienne. Pas de syphilis.

De loin en loin bronchites légères.

En 1902, laryngite tenace, grippe assez intense la même année. Le malade s'expose souvent aux intempéries, il habite un appartement humide.

Pendant la journée il porte souvent sous le bras gauche une lourde serviette et plusieurs fois il s'est senti fatigué par ce fardeau.

Vers le milieu du mois d'avril, à la suite d'un refroidissement, au dire du malade, apparaissent de très fortes douleurs dans l'épaule et le bras gauches. Le médecin traitant prescrit des liniments calmants, ordonne du salicylate de soude, mais les douleurs ne font qu'augmenter et M. L. D., vient à la consultation de la Pitié le 3 juin.

Etat au moment de la consultation du 3 juin. — Le malade raconte que ses douleurs sont intolérables, qu'elles lui font pousser des cris aigus et l'empêchent totalement de dormir. Les nuits sont, en effet, particulièrement pénibles. Les douleurs reviennent à intervalle plus ou moins éloigné, à l'occasion du plus petit mouvement, d'un léger choc, d'un changement de position.

Elles partent en arrière de la colonne vertébrale, au niveau de l'omoplate, gagnent le bras, l'avant-bras et vont se terminer à la face dorsale des deux premiers doigts de la main, pouce et index. Ces douleurs sont vives, passent comme des éclairs et laissent à leur suite le membre endolori et engourdi, dans leur intervalle le malade éprouve des fourmillements continuels, il sent mal les objets de petite dimension qu'il veut saisir entre le pouce et l'index ; la sensibilité est du reste diminuée dans ces deux doigts.

L'inspection des deux membres supérieurs nous montre celui de gauche plus grêle que celui de droite, observation confirmée immédiatement par la mensuration du bras vers sa partie moyenne : 24 cm. 1/2 à gauche contre 26 à droite. A la palpation, la région du triceps brachial et un peu celle du deltoïde sont peu consistantes, se laissent facilement déprimer, il y a manifestement atrophie musculaire.

Les mouvements du bras sont difficiles et douloureux,

mais l'articulation de l'épaule paraît indemne, l'élévation du membre se fait avec peine, surtout quand il y a rotation en dehors. Quand on étend le bras et qu'on le porte en arrière on provoque une violente souffrance, souffrance beaucoup moindre si le bras est fléchi ou demi-fléchi.

A la palpation, le trajet du radial est douloureux, surtout au point où il quitte la gouttière de l'humérus ; un autre point douloureux, moins net, existe au creux axillaire.

Le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est moins énergique qu'à l'état normal, l'extension de la main sur l'avant-bras s'exécute facilement.

Si maintenant on percute le tendon du triceps brachial, on obtient un réflexe net à droite surtout quand le malade place sa main sur sa cuisse, à gauche ce réflexe est aboli.

Les autres réflexes sont normaux, pas de signe d'Argyl, pas de signe de Babinski.

A l'auscultation de la poitrine, on trouve en avant de l'expiration prolongée et de nombreux râles ronflants et sibilants, il y a donc bronchite avec emphysème.

Examen électrique (1). — Bobine faradique R. = 120 hms 8.

L'examen du trapèze, des muscles sus et sous-épineux, du deltoïde, du grand pectoral, du biceps et des muscles de l'avant-bras donnent une contraction normale.

Pour le triceps brachial du côté gauche, l'examen montre qu'il existe un peu d'hypo-excitabilité faradique de ce côté.

1. Cet examen électrique nous a été communiqué très aimablement par notre ancien interne, le Dr Delherm, électricien de la Pitié.

Du côté malade le triceps se contracte quand la bobine est à la division 12 1/2, tandis que du côté sain il faut aller jusqu'à la division 13 1/2.

Courants continus.

Tous les muscles se contractent très bien avec de 2 à 4 milliampères et le triceps du côté malade se contracte aussi bien que celui du côté sain en donnant une contraction en éclair sans interversion de la formule.

Donc pas de RD.

M. Babinski déclare ce malade atteint de névrite radiale, il lui fait prendre chaque jour 2 grammes d'aspyrine, lui ordonne des bains sulfureux et le fait électriser quand les douleurs sont moins vives.

Examen du malade le 15 octobre. — Les symptômes sont allés progressivement en s'atténuant mais M. L. D.... n'a pu reprendre ses occupations que depuis 15 jours.

L'amyotrophie diminue, mais le réflexe du triceps brachial n'existe pas encore.

On continue l'électrisation et tout fait supposer une guérison complète dans un bref délai.

OBSERVATION II (*Personnelle. Inédite*)

Amédée A..., typographe.

Vient au commencement de juin à la Pitié se plaignant de violentes douleurs dans le bras gauche. Est admis salle Jenner, dans le service de M. Babinski.

A. H. — Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien de particulier.

A. P. — Ses antécédents personnels ne sont pas non plus très chargés.

Le malade a séjourné en Algérie pendant son service militaire, mais il n'a pas eu d'accidents palustres.

Pas de syphilis, pas de blennorrhagie. Jamais de rhumatismes aigus.

Depuis très longtemps le malade travaille au *Journal des Débats*, aux caractères d'imprimerie.

Il n'a pas eu de grandes manifestations de saturnisme, cependant, de temps en temps, il éprouve des coliques légères et quelques troubles gastro-intestinaux.

Léger liseré saturnin. Sur le conseil de son médecin, il suit de temps en temps le régime lacté, prend des purgations et un peu d'iodure. Son travail l'oblige à appuyer fréquemment sur son bras gauche.

Traité il y a 10 ans pour de la neurasthénie.

Dans le courant de 1902, douleurs dans les deux bras et les épaules, ces douleurs se localisent à la longue dans le bras gauche où elles deviennent très intenses, aussi le malade se décide-t-il à entrer à l'hôpital.

Etat du malade à l'entrée salle Jenner. — On se trouve en présence d'un homme d'apparence robuste, ne présentant aucun signe d'affection thoracique ou abdominale, qui se plaint seulement de son épaule et de son bras.

Les douleurs intenses qu'éprouve le malade l'empêchent de dormir, elles sont lancinantes, paroxystiques, se réveillent au moindre heurt, au moindre changement de position. Elles durent de 1/2 à 1 minute, elles partent de l'épaule et de

la clavicule, traversent le bras à la manière d'une douleur fulgurante pour se terminer dans le pouce et l'index, puis le membre entier reste comme engourdi.

Le malade compare ses douleurs à celles qui sont perçues après un choc du cubital au niveau du coude.

La sensibilité à la piqûre et au froid semble conservée. Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs du côté des téguments.

En faisant déshabiller le malade, on peut constater tout de suite que le bras du côté gauche paraît moins volumineux que celui du côté droit ; la mensuration donne à deux niveaux différents : 27 cm. 1/2 et 31 cm. à droite, 26 cm. et 29 cm. à gauche.

Le bras du côté gauche est beaucoup moins ferme que celui du côté opposé. Les masses musculaires du triceps brachial sont molles, flasques et manifestement atrophiées.

Les mouvements du membre supérieur sont pénibles en raison de la douleur et aussi de l'atrophie. Le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est un peu moins énergique du côté malade.

Si on place le bras en extension complète avec rotation en dehors et en arrière on provoque une douleur lancinante.

A l'avant-bras et à la main la force musculaire paraît conservée, pas de paralysie des extenseurs.

Si maintenant on percute le bras pour rechercher le réflexe du triceps brachial on constate que ce reflexe est aboli tandis qu'il existe du côté sain. Aux poignets les reflexes existent des deux côtés.

Les autres réflexes tendineux rotuliens et achilliens existent, pas de signe d'Argyl, pas de signe de Babinski, aucun signe d'affection organique du système nerveux.

On pratique une ponction lombaire, il n'y a pas de lymphocitose.

Les réactions électriques sont normales, il y a seulement un peu d'hypo-excitabilité du triceps et du deltoïde gauche, liée à l'anyotrophie. Pas de R D.

Le malade prend des bains sulfureux et 2 grammes d'aspyrine par jour. On l'électrise trois fois par semaine.

Il quitte la Pitié au mois d'août et continue à se faire électriser. Les douleurs ont presque disparu.

29 octobre 1903. — Nous avons pu revoir le malade, il a repris son travail au commencement du mois d'octobre.

L'amyotrophie a diminué, le bras est moins flasque. Le réflexe du triceps n'a pas reparu.

OBSERVATION III (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Babinski.

M. X... consulte pour la première fois en février 1902.

Agé de 37 ans.

Pas de syphilis. N'est pas alcoolique.

Pas de maladies graves. Présente des troubles neurasthéniques accompagnés de spermatorrée et d'insomnie.

Aucun signe de maladie organique du système nerveux.

Mai 1903. — Les phénomènes neurasthéniques sont atténués mais le malade est atteint de troubles nouveaux remontant à 15 jours ; il se plaint de douleurs aiguës qui occupent la partie postérieure du bras, l'avant-bras et l'épaule du côté gauche.

Les douleurs sont spontanées, plus ou moins fortes à tel ou tel moment mais ne disparaissent pas complètement et empêchent le sommeil.

La pression sur l'épaule et la partie postérieure du bras les augmente.

Pas d'anesthésie cutanée, pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs du côté des téguments, mais le triceps gauche quand on le compare au triceps droit est manifestement atrophié.

Le périmètre du bras à sa partie moyenne est de 3 centimètres environ plus petit à gauche qu'à droite.

La contractilité faradique de ce muscle est affaiblie, mais cet affaiblissement semble proportionnel à l'amyotrophie. Il n'y a pas de R. D.

Le réflexe du tendon du triceps brachial est normal à droite, tout à fait aboli à gauche.

Il n'existe aucun autre signe objectif de maladie organique du système nerveux.

Le malade déclare que son bras gauche a été exposé quelque temps avant l'apparition des douleurs à un courant d'air.

Il existe dans l'urine un excès d'acide urique.

Le malade part en province et n'a pas été revu.

OBSERVATION IV (Résumée).

Oppolzer, 1861. *Wiener Medizinal Halle. 1861.*

Entzündung des Radial nerven ; subkutane injection von atropin : Heilung. Inflammation du nerf radial. Injection sous-cutanée d'atropine. Guérison.

Il s'agit d'un employé des postes de Presbourg qui à la suite d'un refroidissement a été pris de douleurs spasmodiques dans le haut du bras gauche. Douleurs comparables à des piqûres d'aiguilles ; elles s'étendent de l'épaule aux deux doigts, pouce et index du côté malade, en passant par la face postérieure du bras et l'avant-bras.

Elles sont intermittentes, reviennent plusieurs fois par heure et laissent à leur suite de l'engourdissement. Les mouvements du bras sont pénibles et la *musculature est moins développée*. La contractibilité musculaire paraît quelque peu diminuée dans les muscles du bras gauche.

On pratique à ce malade une injection sous-cutanée d'atropine suivie de guérison.

OBSERVATION V (Résumée)

PETER 1878.

Paralysie radiale gauche *a frigore*. Névrite ascendante avec phénomènes de trémulation convulsive du membre supérieur.

Femme de 65 ans, entrée à la Pitié le 10 janvier 1878 avec une paralysie évidente du membre supérieur gauche. Présentée à la Société clinique de Paris par Peter,

Cette femme à son entrée à l'hôpital avait tous les signes d'une paralysie radiale ; au bout d'un certain temps elle s'aperçut que non seulement les mouvements d'élévation et d'abduction du bras diminuaient, mais encore que quelques douleurs se montraient parfois dans le membre supérieur gauche. Ces douleurs sont surtout vives sur le trajet du radial, elles sont spontanées et de plus exagérées par la pression.

Au moment des crises douloureuses le bras est pris d'une sorte de trémulation convulsive.

Les premiers symptômes ont apparu après un refroidissement, cette femme avait porté sur son bras une pile de linge mouillé très froid.

Pour Peter cette femme a donc eu d'abord une paralysie radiale *a frigore*, puis des symptômes de névrite ascendante.

Panas dit qu'il faut donner à cette observation le nom d'observation de névrite, de plus il rejette l'étiologie *a frigore*.

OBSERVATION VI (Résumée).

Steiner 1900. — *Münchener medicinische.*

Malade de 46 ans. Travaille dans une mine de métallurgie. Pas d'antécédents. Pas d'alcoolisme. Se plaint de ressentir au bras et à l'épaule des douleurs aiguës qui suivent le trajet du radial pour se terminer dans le pouce et l'index.

Fourmillements dans les doigts où s'épuise la douleur.

Nerf radial douloureux à la pression.

Ces phénomènes de névrite s'accompagnent de phénomènes paralytiques.

CONCLUSION

Le travail que nous venons d'esquisser est, nous le répétons, loin d'être complet. C'est une voie nouvelle et il eut fallu une compétence bien supérieure à la nôtre pour la débrouiller : nous espérons cependant avoir montré que la névrite radiale était une entité morbide distincte et nous sommes persuadé que les cas semblables à ceux que nous avons cités deviendront assez communs quand on recherchera avec soin l'état du réflexe du triceps brachial ; c'est seulement lorsque les observations se seront multipliées qu'il sera possible de faire une œuvre à la fois plus étendue et plus précise ; trop heureux si notre thèse en est l'inspiratrice.

Vu le : Président de la thèse,
CORNIL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan et Salva. — Névrites expérimentales obtenues par l'instillation d'éther ou l'application de glace. Bordeaux, 1884.

Ancona (d'). — Nevrite ascendante del radiale sinistro, successiva a trauma ; guarizione, Gazette médicale italienne de la province de Venise, 1884. Padoue.

Babinski. — In Traité de médecine de Charcot-Bouchard, Des névrites.

Babinski. — Types de névrites périphériques. Journal de médecine interne. Paris, 1903. VII, 144-147.

Babinski. — Comptes-rendus de la Société de neurologie de Paris, séance du 2 juillet 1903. Présentation de malades.

Barakes (Mme). — (Névrite radiale). In Les névrites professionnelles, Th. doct. Paris, 1901.

Brouardel et Gilbert. — Manuel de médecine, tome X, page 37. Des névrites, tome X, page 177. Névrite sciatique.

Brunetières Charles. — Observation X. — Thèse doct. Lyon, 1899. Névrites post-opératoires.

Charcot. — Cours d'anatomie pathologique. Leçons faites à l'école de médecine. Avril, 1874.

Dagrève. — Observation de névrite du radial. Association française pour l'avancement des sciences. Comptes-rendus, 1877. Paris.

Duménil. — Contribution pour servir à l'histoire de la névrite, 1866.

Oppolzer. — Entzündung des Radial nerven ; subkutane injection von atropin, Heilung, Wiener, Medizinal, Halle, 1861, IIe 199.

Peter. — Bulletin de la Société clinique de Paris, 1878-1879-180-183.

Ranvier. — Leçons sur l'histologie du système nerveux.

Raymond. — Névrite du radial et du cubital. Journal de médecine interne. Paris, 1902, VIe, 215.

Steiner. — Névrite radiale, 1900. Münchener medicinische. No 51 p. 1788.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.